

ARTÍCULO ESPECIAL**Comunicaciones orales largas de la XXIX Reunión Anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP)**

VIERNES, 23 DE MAYO DE 2025. 10:30-12:00 H
SALÓN SEVILLA (SALA PLENARIA)

ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DE UN LISTADO DE INDICADORES DE HUMANIZACIÓN PARA LOS SERVICIOS DE URGENCIAS PEDIÁTRICOS. Parra Cotanda C¹, Benito Ruíz E², Beteta Fernández D³, Jové Blanco A⁴, León Abio N⁵, Mora Capín A⁶, Resurrección Reques C⁷, Rodríguez Mesa M⁵, Vallés Ruiz N⁸. ¹Hospital Sant Joan De Déu. Barcelona. ²Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ³Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ⁴Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁵Hospital Universitario Infanta Cristina. Parla. ⁶Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ⁷Hospital Universitario El Escorial. San Lorenzo de El Escorial. ⁸Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca.

Introducción y objetivo. La humanización hace referencia a la búsqueda de una experiencia centrada en las necesidades emocionales, psicológicas y físicas de pacientes y cuidadores. Hasta el momento, no han sido definidos unos indicadores de calidad de humanización para los Servicios de Urgencias Pediátricas (SUP). El objetivo del trabajo es elaborar y validar un listado de indicadores de humanización para los SUP.

Metodología. El proceso de elaboración de la lista se realizó en tres fases:

- Fase 1: un subgrupo de 9 miembros del Grupo de Trabajo de Humanización y Experiencia del Paciente de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (GTH-SEUP) realizó una revisión de los indicadores de humanización publicados; posteriormente, mediante una discusión estructurada, se elaboró un primer listado consensuado de posibles indicadores.
- Fase 2: se seleccionaron los indicadores siguiendo una metodología Delphi-modificada: se solicitó a los 24 miembros del GTH-SEUP que puntuasen los indicadores (del 1= totalmente en desacuerdo al 9= totalmente de acuerdo). Se aceptaron aquellos con puntuación media ≥ 8 (siempre que al menos 2/3 de los evaluadores le hubieran otorgado ≥ 7 puntos) y se eliminaron los indicadores con una puntuación media ≤ 6 ; los indicadores

dudosos (puntuación media entre 6 y 8) fueron reevaluados en una segunda ronda siguiendo los mismos criterios que en primera ronda. Posteriormente, se realizó un debate en el GTH-SEUP para consensuar los indicadores clasificados como dudosos tras las dos rondas previas de valoración.

- Fase 3: se redactó el listado definitivo de indicadores.

Resultados. En la primera fase, se elaboró un listado inicial compuesto por 44 indicadores de tres categorías: procesos (15), recursos (16) y personas (13). En la segunda fase, se realizaron 2 rondas de valoración de los indicadores siguiendo la metodología Delphi, con una participación de 22 evaluadores en primera ronda y 20 en segunda. En la primera ronda, ningún indicador fue eliminado, 20 fueron aceptados y 24 quedaron como dudosos; estos últimos fueron reevaluados en una segunda ronda. Tras esta segunda ronda, 3 indicadores fueron eliminados, 5 aceptados y 16 dudosos. Finalmente, se realizó un análisis-debate sobre estos últimos indicadores dudosos, quedando 3 de ellos excluidos. El listado definitivo de indicadores quedó formado por 38 indicadores de procesos (14), recursos (13) y personas (11).

Conclusiones. El listado de indicadores de humanización, consensuado en el GTH-SEUP, es una importante herramienta de autoevaluación que permitirá a los SUP analizar su grado de humanización e identificar posibles puntos de mejora.

PEDIDOSIS: APLICACIÓN MÓVIL PARA EL USO SEGURO DEL MEDICAMENTO INTRAVENOSO EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS. Martínez Serrano A, Ruano Encinar M, García Sánchez P, de Miguel Lavisier B, de Ceano-Vivas la Calle M, Ruiz Rojo H. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción. La parada cardiorrespiratoria (PCR) pediátrica, a pesar de su baja incidencia, está relacionada con una alta mortalidad y secuelas graves. En la actualidad, la tasa de supervivencia en el hospital tras una PCR pediátrica es del 36%. Las situaciones de emergencia en pediatría son de alto riesgo de errores de medicación (EM), algunos estudios con porcentajes superiores al 39%. Diversos autores abogan por sustituir las tareas que producen estrés y carga cognitiva durante la RCP, por acciones automatizadas para optimizar

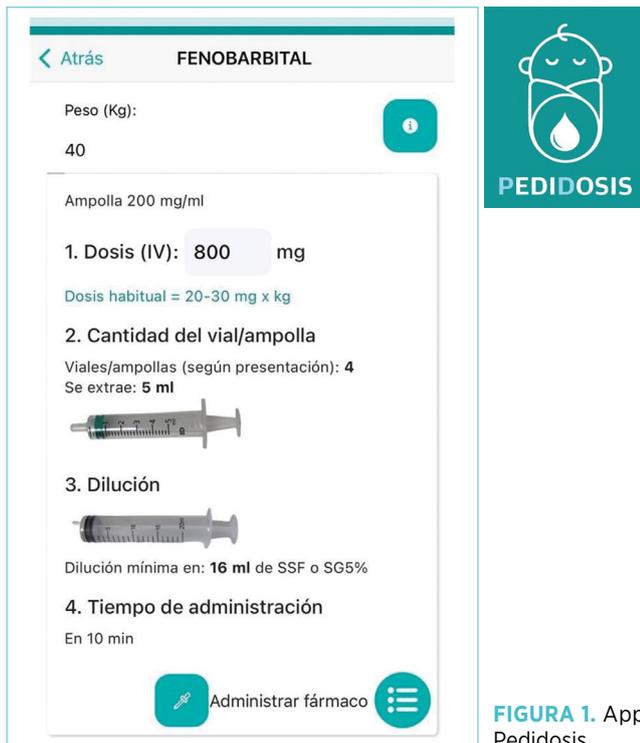


FIGURA 1. App Pedidosis.

el cuidado pediátrico y disminuir los EM. Se desarrolla la app: PEDIDOSIS, para ayudar en el manejo de los fármacos, especialmente durante la RCP. Diseñada para apoyar a las enfermeras en todos los pasos de administración de los fármacos intravenosos. Posee una alta capacidad para su transferencia a la práctica clínica, ya que es una solución rápida, sencilla, de fácil acceso, y con ubicuidad.

Objetivo. Evaluar la eficacia de la app Pedidosis para enfermería en un entorno simulado de emergencia pediátrica.

Metodología. Estudio multicéntrico preclínico aleatorizado para validación de software (2024). Población: profesionales de enfermería. Aleatorización estratificada del personal en dos grupos: app y convencional, según la experiencia en urgencias pediátricas: > 5 años y ≤ 5 años, mediante REDCap. Los participantes llevaban una cámara en la cabeza grabando la preparación y administración de los fármacos.

Resultados. Participaron 106 profesionales de enfermería. Se administraron 525 dosis. En la administración de los fármacos se describen EM grupo control vs app a continuación: adrenalina 19 (73,1%) vs 7 (26,9%), $p=0,006$; bicarbonato: grupo 18 (81,8%) vs 4 (18,2%), $p=0,001$; midazolam: 18 (64,3%) vs 10 (35,7%) con $p=0,068$; noradrenalina: 41 (63,1%) vs 24 (36,9%) con $p=0,001$. Los EM en la noradrenalina en enfermeros con experiencia > 5 años fue 19 (29,2%) vs con ≤ 5 años 46 (70,8%), $p=0,05$. El estrés fue de $7,32 \pm 1,7$ de media en el grupo app vs $7,6 \pm 2$ grupo control. La satisfacción general con el método de preparación y administración de los fármacos durante la simulación fue $7,36 \pm 2,1$ de media en el grupo app vs $5,76 \pm 2,67$ grupo control. Los 95 participantes (90,5%) se mostraron de acuerdo o totalmente de acuerdo con la introducción de apps para preparación de fármacos.

Conclusiones. Pedidosis aumenta la seguridad en la administración de fármacos intravenosos en urgencias pediátricas.

CONCORDANCIA ENTRE LA AUSCULTACIÓN PULMONAR CONVENCIONAL Y LA AUSCULTACIÓN PULMONAR DIGITAL ASISTIDA POR INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CRISIS ASMÁTICA. Samson F, Bolsa I, Rodríguez I, Ruiz L, Saéz I, Goienetxe I. *Sección de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Basurto. Bilbao.*

Introducción y objetivo. La auscultación pulmonar (AP) y la detección de los ruidos respiratorios guían el diagnóstico y el tratamiento de la crisis asmática. Sin embargo, la concordancia entre profesionales es variable para detectar estos ruidos. Es probable que los estetoscopios digitales asistidos por inteligencia artificial (IA) puedan mejorar la fiabilidad de la AP.

Nuestro objetivo era determinar, EN SITUACIÓN REAL EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA, la concordancia entre la auscultación pulmonar convencional (APC) y digital (APD) para detectar sibilancias.

Metodología. Estudio observacional prospectivo, que incluyó una muestra por conveniencia de niños entre 4 y 12 años atendidos en Urgencias de Pediatría por crisis asmática leve (*Pulmonary Score* [PS] 1-3) o moderada (PS 3-5), en septiembre-octubre de 2024. En la atención inicial, el pediatra auscultó a cada paciente en 6 puntos de auscultación y se registró la interpretación en cada cuadrante pulmonar (detección de sibilancias), mediante APC y mediante APD (utilizando el dispositivo StethoMe® asistido por IA, conectado a un smartphone) (Figura 2). También se registraron los datos clínicos (edad, antecedente de asma, PS) y otros datos obtenidos con StethoMe® (intensidad de las sibilancias, otros ruidos agregados) (Figura 3). Se utilizó el coeficiente kappa de Cohen (κ) para evaluar la concordancia entre la APC y la APD para detectar sibilancias.

Resultados. Se evaluaron 282 puntos de auscultación pulmonar procedentes de 47 niños (edad media 7,7 [3,0] años; antecedente de asma 78,7%; crisis de asma leve 44,7%, moderada 55,3%). Todos los pacientes presentaron sibilancias en al menos un cuadrante pulmonar mediante APC y APD. Se detectaron sibilancias en 191 cuadrantes mediante APC y en 204 cuadrantes mediante APD. La intensidad de las sibilancias detectadas mediante APD ($n=204$) fue: alta 66,2%; moderada

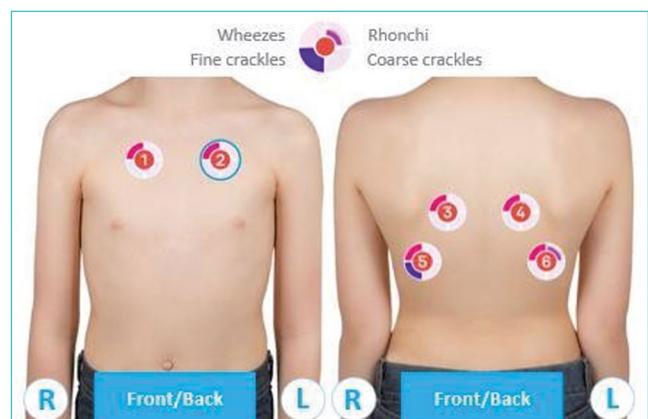


FIGURA 2. En 6 puntos de auscultación pulmonar, interpretación esquemática (ver leyenda arriba) del dispositivo StethoMe® basado en algoritmos de IA: sibilancias en todos los campos pulmonares asociadas a crepitantes finos en el punto 5, y runcus en el punto 6.

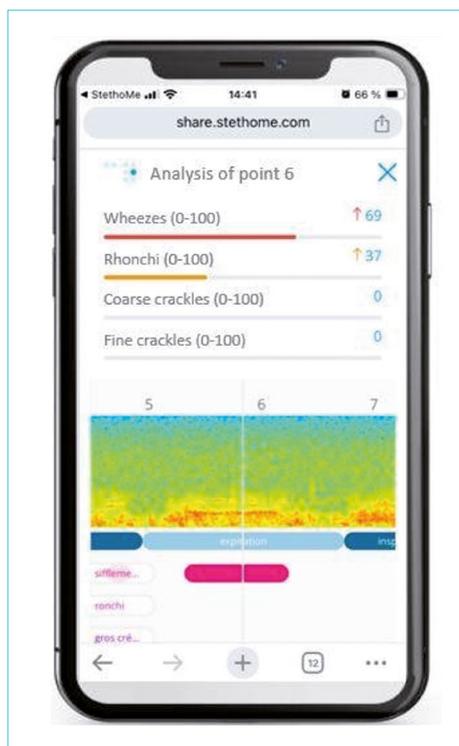


FIGURA 3. Interpretación detallada de la auscultación pulmonar del punto 6. Sibilancias: intensidad alta (≥ 50); roncus: intensidad moderada (25-49). Grabación audio de la auscultación pulmonar con visualización simultánea del espectrograma (abajo).

15,7%; baja 18,1%. Las sibilancias detectadas se asociaron a roncus en el 58,3% de los cuadrantes. La concordancia entre APC y APD para la detección de sibilancias fue de 90,6% con un κ de 0,59 (IC95%: 0,48-0,69). En 31 cuadrantes pulmonares se detectaron sibilancias mediante APD que no se detectaron mediante APC (35,5% de ellas, intensidad baja).

Conclusión. La concordancia entre la APC y la APD para detectar sibilancias en Urgencias de Pediatría mediante el dispositivo StethoMe® fue moderada. Se requieren más investigaciones para evaluar la fiabilidad y la aplicabilidad de la auscultación asistida por IA. Inexorablemente, LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL EN SALUD implica conocer estos nuevos dispositivos (rendimiento y limitaciones) de los que dispondrán en breve, los padres de nuestros pacientes.

IMPACTO DEL CAMBIO EN EL PUNTO DE CORTE DE EDAD EN EL MANEJO DE LOS LACTANTES DE 61-90 DÍAS DE VIDA CON FIEBRE SIN FOCO. Pérez Garnica L, Trujillo Montoro A, Mintegi Raso S, Carro Falagan AB, Morientes Carbajo O, Gómez Cortés B. *Hospital Universitario Cruces. Barakaldo.*

Introducción y objetivo. En 2022 se revisaron y actualizaron los dos protocolos de manejo del lactante con fiebre sin foco (FSF), utilizados en nuestro Servicio de Urgencias de Pediatría. Entre los cambios realizados, se modificó el punto de corte de edad que diferencia ambos protocolos, de forma que en lactantes de 61-90 días de vida se pasó de recomendar realización de analítica sanguínea sistemática a únicamente en aquellos con fiebre $\geq 39^{\circ}\text{C}$.

El objetivo de este trabajo es analizar el impacto de este cambio en el manejo de los lactantes de 61 a 90 días de vida.

Metodología. Análisis secundario de un registro prospectivo de Urgencias de Pediatría de un hospital terciario que incluye todos los lactantes ≤ 90 días de vida con FSF. Para este subanálisis, se incluyeron los lactantes de 61-90 días de vida atendidos durante los dos años previos y los dos posteriores al cambio de protocolo (noviembre 2022).

Se compararon las tasas de realización de analítica sanguínea, administración de antibioterapia e ingreso entre ambos periodos. Como variable de balance se analizaron la tasa de reconsulta y de infección bacteriana invasiva (IBI: aislamiento de bacteria patógena en sangre o líquido cefalorraquídeo) en pacientes dados de alta en primera visita.

Resultados. La **Tabla 1** muestra la comparación entre ambos periodos.

Conclusiones. El cambio en el punto de corte de la edad en el protocolo de manejo de los lactantes con FSF en nuestro servicio ha permitido reducir, de manera segura, la realización de pruebas complementarias, la administración de antibioterapia empírica y la tasa de ingreso en los pacientes de 61-90 días de vida.

EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON PAUTAS CORTAS DE AMOXICILINA PARA TRATAR LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCÓCICA. Fernández Borja B¹, Loinaz de León O¹, López López R², Calderón Checa RM³, García Sánchez P², Mesa García S³, Alonso Cadenas JA¹. ¹Hospital Universitario Infantil Niño Jesús. Madrid. ²Hospital Universitario La Paz. Madrid. ³Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivo. Actualmente, la mayoría de las guías recomiendan tratar la faringoamigdalitis aguda (FAA) estreptocócica, administrando amoxicilina o penicilina por vía oral (VO) durante 10 días, lo cual podría no estar justificado en países con tasas bajas de fiebre reumática aguda (FRA).

TABLA 1.	Cohorte 1 (n= 170)	Cohorte 2 (n= 168)	Cohorte 3 (n= 171)
Sexo (varón), n (%)	91 (53,5%)	83 (49,4%)	93 (54,4%)
Edad (años), mediana (rango intercuartílico)	7,4 (5,1-9,8)	7,3 (4,8-9,3)	7,5 (5,4-9,5)
Recaída, n (%; IC95%)	15 (8,8; 5,0-14,1)	5 (3,0; 1,0-6,8)	7 (4,1; 1,7-8,3)
Nuevos episodios de FAA (no recaída), n (%; IC 95%)	14 (8,2; 4,6-13,4)	12 (7,1; 3,7-12,1)	10 (5,8; 2,8-10,5)
Complicaciones, n (%; IC95%) FRA	3 (1,8; 0,4-5,1) 0	1 (0,6; 0,02-3,3) 0	1 (0,6; 0,01-3,2) 0

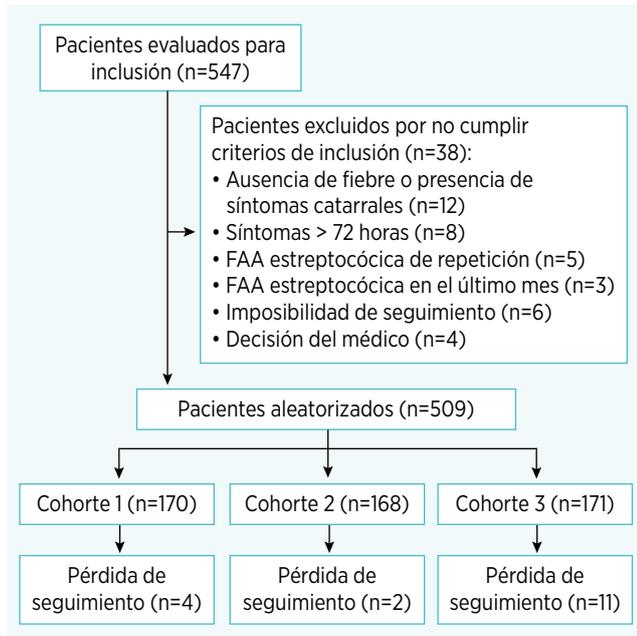


FIGURA 1.

El objetivo fue evaluar si la eficacia –comparando la tasa de recaídas– de pautas más cortas de tratamiento con amoxicilina por VO (5 o 7 días) no es inferior a la de la pauta habitual de 10 días.

Metodología. Ensayo clínico multicéntrico en 3 hospitales, abierto, aleatorizado, fase III, de no inferioridad, entre mayo de 2023 y junio de 2024 en pacientes de 2 a 18 años con FAA estreptocócica de < 72 horas de evolución con una escala de Mclsaac ≥ 2 puntos y confirmada por test rápido de detección de antígeno estreptocócico. Criterios de exclusión: tratamiento antibiótico en las últimas 48 horas, inmunodepresión, FAA estreptocócica de repetición o FAA estreptocócica en las 4 semanas previas.

El tratamiento se administró durante 5 (cohorte 1), 7 (cohorte 2) o 10 (cohorte 3) días, con ocultación de la secuencia de aleatorización por bloques permutados. Recaída: reinfección por *S. pyogenes* antes de 15 días tras finalizar el tratamiento. Todos los pacientes fueron seguidos durante 4 meses. Se estimó el tamaño muestral inicial (202 pacientes en cada cohorte), teniendo en cuenta una proporción máxima de recaídas del 13% en el grupo de referencia de acuerdo con la bibliografía y un límite de no inferioridad del 20% (riesgo α 2,5% y β 80%). Se realizó un análisis por intención de tratar.

Resultados. En la Figura 1 se muestran los pacientes incluidos, y en la Tabla 1 las características y los resultados. La cohorte 1 y 2 no superaron el límite de no inferioridad para la variable recaída, y ninguno de los pacientes incluidos desarrolló FRA.

Conclusiones. La pauta antibiótica de 7 días con amoxicilina VO parece una opción segura y eficaz para tratar la FAA estreptocócica, por lo que podría sustituir a la pauta clásica de 10 días.

FACTORES DE RIESGO DE INFECCIÓN INVASIVA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON FIEBRE EN FUNCIÓN DEL PROCESO ONCOLÓGICO.

Moreno Ramos M¹, Alonso Cadenas JA², Mintegi Raso S¹, Gómez Cortés B¹. ¹Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. ²Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

Introducción y objetivos. Aspectos como el tipo de proceso oncológico, la epidemiología infecciosa y el tiempo de evolución de la fiebre influyen en la utilidad de los diferentes scores publicados para predecir el riesgo de presentar una infección invasiva. Nuestro objetivo fue identificar factores de riesgo clínicos y analíticos en los pacientes oncológicos atendidos en nuestro medio.

Metodología. Estudio prospectivo multicéntrico en el que participaron 14 hospitales. Se incluyeron los pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico que consultaron por fiebre $\geq 38^\circ\text{C}$ entre noviembre de 2022 y octubre de 2024.

Se definió infección invasiva como:

- Aislamiento de una bacteria patógena en un líquido estéril.
- Aislamiento de bacteria habitualmente contaminante en dos hemocultivos diferentes.
- Episodios que cumplan criterios de sepsis (*Score Phoenix*), precisen soporte inotrópico o desarrollen secuelas o complicaciones.

Se realizaron dos análisis multivariantes independientes en pacientes con neoplasias hematológicas y tumores sólidos. Se incluyeron como variables pronóstico: sexo, edad, Triángulo de Evaluación Pediátrica, tipo de proceso hematológico (alto o bajo riesgo en función del grado de mielotoxicidad de la quimioterapia), grado de temperatura, presencia o no de taquicardia, cifras de neutrófilos y monocitos y valores de proteína C reactiva y procalcitonina.

TABLA 1.

	Diciembre 2020-noviembre 2022 (n= 119)	Diciembre 2022-noviembre 2024 (n= 201)	p
Realización de analítica sanguínea	113 (94,9%)	64 (31,8%)	< 0,01
Administración de antibioterapia	37 (31,0%)	38 (18,9%)	0,01
Ingreso	13 (10,9%)	9 (4,4%)	0,02
Medidas de balance en pacientes manejados ambulatoriamente	n= 106	n= 192	
Reconsultas	7 (6,6%)	16 (8,3%)	n.s.
• Con ingreso	-1 (0,9%)	-1 (0,5%)	
Infecciones bacterianas invasivas	1 (0,9%)	0	n.s.

TABLA 1.

	OR ajustado (IC 95%)
Procesos hematológicos	
Tipo de proceso oncológico: alto riesgo	2,54 (1,26-5,12)
Procalcitonina (ng/ml)	1,11 (1,01-1,22)
Área bajo la curva del modelo: 0,701 (IC95% 0,659-0,742)	
Tumores sólidos	
Triángulo de evaluación pediátrica: alterado	5,99 (1,91-18,80)
Temperatura máxima (°C)	3,42 (1,41-8,29)
Procalcitonina (ng/ml)	1,11 (1,00-1,23)
Proteína C reactiva (g/L)	1,00 (1,00-1,01)
Área bajo la curva del modelo: 0,813 (IC95% 0,767-0,853)	

Resultados. Se incluyeron 928 episodios (570 neoplasias hematológicas y 358 tumores sólidos). La mediana de edad fue de 6 años (rango intercuartil: 3-10) y la mediana de tiempo de evolución fue de 3 horas (rango intercuartil: 1,5-8).

Se diagnosticaron 89 infecciones invasivas (9,6%). La tasa fue superior entre los pacientes con neoplasias hematológicas de alto riesgo que entre aquellos con neoplasias hematológicas de bajo riesgo o tumores sólidos (14,1%, 4,9% y 9,2%, respectivamente; $p < 0,01$). La [Tabla 1](#) muestra los factores de riesgo independientes identificados en cada grupo.

Conclusiones. Los factores de riesgo de infección invasiva difieren entre pacientes con procesos hematológicos y tumores sólidos. La procalcitonina es el parámetro analítico más útil para predecir dicho riesgo en ambos grupos, en pacientes que consultan con fiebre de muy corta evolución. La cifra de neutrófilos no parece tener tanta utilidad como se esperaría.

IMPLEMENTACIÓN DEL “CÓDIGO CRISIS EPILÉPTICA URGENTE” EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS. Lloret Carnicero M¹, Suárez-Bustamante Huélamo M², Simón Carro E¹, Nicolás Berenguer A¹, Arias Vivas E³, Ruiz Ocaña G³, Soto Insuga V⁴, Alonso Cadenas JA². ¹MIR; ²FEA; ⁴FEA del Servicio de Neuropediatría. *Pediatría y sus Áreas Específicas. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.* ³FEA. *Pediatría y sus Áreas Específicas, Servicio de Neuropediatría. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

Introducción y objetivo. El “Código Crisis Epiléptica Urgente” (CCEU) pediátrico tiene como objetivo coordinar

una atención basada en la evidencia científica entre distintos niveles asistenciales en pacientes < 16 años con crisis epilépticas (CE) graves. El objetivo fue analizar los indicadores de calidad tras el primer año de implantación del CCEU en dos servicios de urgencias pediátricos (SUP).

Metodología. Estudio bicéntrico, descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron pacientes < 16 años con activación del CCEU en los SUP desde noviembre del 2023 a noviembre del 2024. CE graves: estatus epiléptico (EE) focal con alteración del nivel de conciencia/EE generalizado (1), sospecha de EE no convulsivo (2), déficit neurológico focal postcrítico de nueva aparición (3), CE en acúmulos (4) y primera CE en neonato (5).

Resultados. El CCEU fue activado en 215 episodios, de los cuales, 176 (81,9%), correspondientes a 169 pacientes, cumplían criterios de activación y fueron incluidos para el análisis. La mediana de edad fue 5,5 años [rango intercuartilico (RIC) 1,8-10,4]; 50,4% eran varones. Tenían antecedentes de CE un 56,2%. Las características clínicas se describen en la [Tabla 2](#). La [Tabla 3](#) muestra los indicadores de calidad analizados. La mediana del ingreso hospitalario fue de 2 días (RIC 1-3). Una paciente diagnosticada de EE refractario de aparición reciente (NORSE) falleció.

Conclusiones. La mayoría de las activaciones fueron adecuadas y cerca del objetivo marcado. Este solo se cumplió en el indicador de diagnóstico. Hay que revisar las causas del retraso en la administración de la medicación y el alta a domicilio para implementar acciones de mejora.

TABLA 2. Características clínicas.

N=176 episodios	
Motivo activación CCEU, n (%)	
1	76 (43,2)
2	7 (4,0)
3	2 (1,1)
4	89 (50,6)
5	2 (1,1)
Tratamiento desde el contacto sanitario extrahospitalario/SUP, n (%)	
1ª línea (benzodiazepina)	106 (60,2)
Tiempo (minutos) hasta administración, mediana (RIC)	5 (2-12)
2ª línea (benzodiazepina + fármaco anticrisis [FAC])	18/80 (22,5)
Tiempo (minutos) hasta administración, mediana (RIC)	10(4,5-20)
Videoelectroencefalograma (VEEG)	
Realizado en < 24 horas, n (%)	168 (95,5)
Tiempo (horas) hasta VEEG desde activación CCEU, mediana (RIC)	1,6 (0,9-13)

TABLA 3. Indicadores de calidad analizados.

Indicador	Fórmula	Objetivo	Resultado
Activaciones adecuadas	Nº de activaciones adecuadas CCEU/Nº activaciones x100	> 85%	176/215 (81,9%)
Tratamiento	Nº CCEU con FAC en < 10 minutos/Nº total CCEU x100	> 80%	8/80 (10,0%)
Diagnóstico	Nº de pacientes CCEU y VEEG en <24 h/Nº total CCEU x100	> 75%	168/176 (95,5%)
Destino	Nº CCEU con alta < 24 h/Nº total CCEU x100	> 75%	58/176 (33,0%)

CAMBIOS EN LA TIPOLOGÍA DE LAS INTOXICACIONES EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA EN ESPAÑA. Askaiturrieta Ostolaza J, Ramírez-Romero J, Etxebarria Garmendia A, Mintegi Raso S, Azkunaga Santibañez B; Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. *Hospital Universitario Cruces. Bilbao.*

Introducción. La tipología de las intoxicaciones atendidas en los Servicios de Urgencias Pediátricos (SUP) muestra una gran variabilidad a nivel mundial. El Observatorio Toxicológico (OT) de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP) identificó un aumento de las intoxicaciones con intención suicida atendidas en los Servicios de Urgencias Pediátricos (SUP) iniciado durante la emergencia sanitaria por COVID-19. Para nuestro conocimiento, no hay series amplias que analicen si globalmente hay cambios en la tipología de las intoxicaciones en los SUP en España.

Objetivo. Describir los cambios en la tipología de las consultas por exposiciones a sustancias tóxicas en los SUP en España en los últimos años.

Metodología. Estudio de cohortes prospectivo que incluye las intoxicaciones atendidas en 39 SUP del OT de la SEUP los días designados para registro entre 2014 y 2024. Se

analiza la tipología de las mismas en 3 fases: Fase I, pre-pandemia: 2014-febrero 2020; Fase II, inicial de la emergencia sanitaria: marzo 2020-2021; Fase III, final de la emergencia sanitaria: 2022-2023.

Resultados. Durante el periodo de estudio, se registraron 1.035.364 episodios en los días designados en los 39 SUP, correspondiendo 2235 a exposiciones a sustancias tóxicas. Globalmente, el número de intoxicaciones registrado se mantuvo estable, mostrando variaciones significativas la tasa con respecto a los episodios totales en los SUP (Fase I, 0,25%; Fase II, 0,40%; Fase III, 0,25%; $p < 0,01$) (Figura 1). La ingesta no intencionada es el principal mecanismo de intoxicación, si bien su tasa ha disminuido significativamente tras la pandemia (Fase I, 63,6%; Fase II, 49,6%; Fase III, 45%; $p < 0,01$), acompañada de un significativo y mantenido aumento de las intoxicaciones con fin suicida (Fase I, 7,5%; Fase II, 24%; Fase III, 23,2%; $p < 0,01$) y un menor incremento de intoxicaciones recreacionales (Fase I, 12,3%; Fase II 13,6%; Fase III, 16,1%; $p < 0,01$) (Figura 2).

Conclusiones. La emergencia sanitaria por COVID-19 se ha acompañado de cambios significativos en los patrones de exposiciones a tóxicos atendidos en los SUP en España, acercándonos a modelos ya descritos en regiones como América del Norte y el Pacífico oeste.

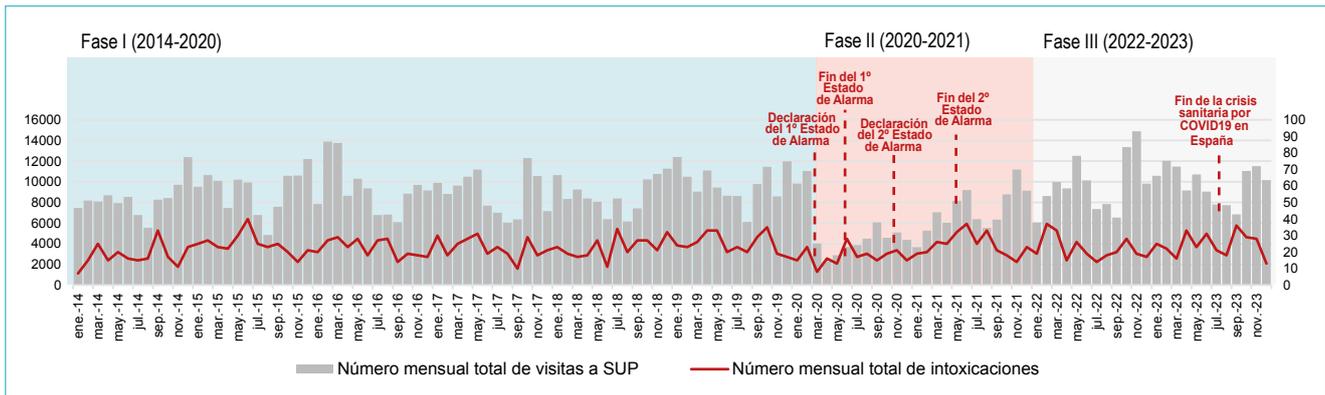


FIGURA 1. Evolución de visitas totales por mes a los SUP respecto al número total de intoxicaciones.

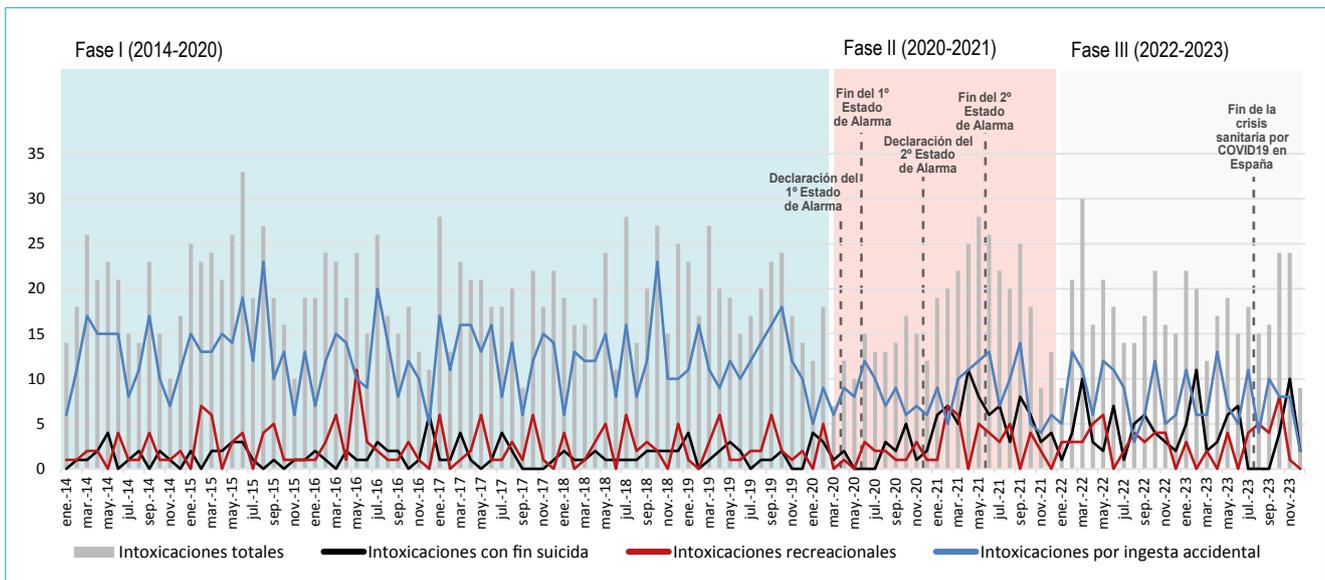


FIGURA 2. Evolución de las consultas totales por intoxicaciones respecto al número total de intoxicaciones por diversos mecanismos.

¿HUMANO O MÁQUINA? USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LOS TRABAJOS PRESENTADOS EN LA REUNIÓN SEUP 2024. González Rioja X, Barceló Carceller I, Domingo Lagman E, Sensarrich Roset M. *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.*

Introducción. La evolución de los “Large Language Models” ha intensificado la presencia de la inteligencia artificial (IA) en el ámbito académico. Herramientas como ChatGPT se perfilan como aliadas para desarrollar textos científicos, planteando preocupaciones sobre la calidad/veracidad del contenido, así como riesgos de confidencialidad. El objetivo de este estudio es caracterizar el uso de IA en la redacción de trabajos para la Reunión SEUP 2024.

Métodos. Se analizaron los 833 trabajos presentados a SEUP 2024 de forma anónima y sin datos de filiación. Se utilizó la plataforma GPTZero, que analizó textos asignando porcentajes de probabilidad para humano, mixto e IA. Según estos porcentajes, clasificó el documento como humano, mixto o IA, al que asoció un nivel de confianza en función del porcentaje de error: alta (< 2%), moderada (10%) e incierta ($\geq 15\%$). Se analizó la similitud de los textos con fuentes de Internet, sugiriendo plagio un porcentaje de coincidencias > 15% (contenido existente previo no generado por IA).

Resultados. De los 833 trabajos, el 51,7% fueron estudios y el 48,2% casos. Un 91,6% fue presentado por medicina y un 8,40% por enfermería.

GPTZero clasificó el 95,2% como humanos, el 0,8% mixtos y el 4% generados por IA, considerando todos los niveles de confianza. La mediana de probabilidad de uso de IA fue del 2% (RIC: 1-10%). Un 4,7% de casos y un 3,7% de estudios fueron clasificados como IA. Un 3,9% de los trabajos de medicina y un 4,2% de enfermería fueron clasificados como IA. Entre los trabajos IA con confianza alta (0,5%, n= 4) tres respondieron a medicina.

Los trabajos inciertos representaron un 24,1%, distribuidos como: 83,1% humanos, 3,5% mixtos y 13,4% IA.

El 25,5% de los trabajos mostró algún nivel de similitud textual, pero solo un 1,4% superó el umbral del 15% de coincidencia (plagio) (casos 2,2%, estudios 0,7%).

Conclusiones. Nuestro estudio establece una referencia inicial basal sobre el uso de IA en la redacción de textos científicos en la Reunión SEUP. El uso de IA en 2024 fue de un 4%, alineado con cifras reportadas en congresos internacionales en 2023 (2-9%), así como un bajo nivel de plagio detectado (1,4%). La categoría “Uncertain” (24,1%) sugiere un posible uso superior, parcial o edición humana posterior. Es necesario monitorizar el uso de estas herramientas en futuras reuniones para evaluar tendencias.

Además, resulta necesario generar formación en IA que fomente su uso ético, promoviendo la originalidad, coherencia y confidencialidad.

L, Casals Serran S. *Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa.*

Introducción. La preparación y administración de medicación en emergencias pediátricas supone un reto para los profesionales de enfermería. La presión asistencial, la necesidad de una respuesta rápida y la complejidad de los cálculos de dosificación aumentan el riesgo de errores, que pueden tener consecuencias graves.

Para minimizar este riesgo, se ha desarrollado la *Guía de Administración de Medicación del Niño Crítico (GAMNC)*, una herramienta elaborada por un equipo multidisciplinario de enfermería y especialistas en pediatría. Esta guía proporciona instrucciones precisas para la preparación y administración de medicamentos de emergencia.

Objetivo. Evaluar el impacto de la GAMNC en la reducción de errores en la preparación de medicación en emergencias pediátricas, valorando su influencia en la precisión de los cálculos, el tiempo de preparación y la percepción de seguridad del personal de enfermería.

Metodología. Estudio cuasiexperimental en un hospital de segundo nivel, con 28 profesionales de enfermería de Urgencias, Unidad de Hospitalización de Pediatría y Base de Asistencia Extrahospitalaria del mismo hospital. Los participantes prepararon atropina, midazolam, fentanilo y rocuronio en un escenario simulado de emergencia pediátrica con necesidad de intubación orotraqueal, según las dosis de la secuencia rápida de intubación (SRI) de la *Guía Terapéutica en Intensivos Pediátricos* del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Se compararon dos condiciones: con y sin la GAMNC.

Se analizaron errores en dosis, dilución y concentración, tiempo de preparación y percepción de seguridad (escala 0-10).

El análisis estadístico se realizó con JASP (v.0.15), usando pruebas de Wilcoxon y McNemar ($p < 0,05$).

Resultados. La GAMNC redujo significativamente los errores: sin la guía hubo 29 errores en 112 preparaciones (25,9%), mientras que con la guía solo se registró uno (0,9%). Los errores más frecuentes sin la guía ocurrieron con el fentanilo (60,7%), seguido de la atropina (21,4%) y el midazolam (14,3%). Con la GAMNC, solo hubo un caso de infradosificación de rocuronio (3,6%).

El tiempo medio de preparación disminuyó de 10:06 minutos sin la guía a 05:53 minutos con la guía ($p < 0,001$). La percepción de seguridad de los profesionales mejoró de 5,6/10 a 9,4/10.

Conclusiones. El uso de la GAMNC redujo errores y tiempo de preparación, aumentando la seguridad del paciente y la eficiencia del personal. La mejora en la percepción de seguridad de los profesionales refuerza la importancia de herramientas que optimicen la respuesta en emergencias pediátricas.

Palabras clave (MeSH): *Pediatric Emergency Medicine; Medication Errors; Patient Safety.*

VIERNES, 24 DE MAYO DE 2025. 10:30-12:00 H
SALÓN SEVILLA (SALA PLENARIA)

USO DE UNA GUÍA DE AYUDA COGNITIVA PARA LA PREPARACIÓN DE MEDICACIÓN EN EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS: IMPACTO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. Prado Ramos

PERFIL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN SALA DE ESTABILIZACIÓN DE UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICO.

Andrés Catalán S, Ballesteros Díez Y, Mintegi Raso S, Urreta Juárez I, Carro Falagan C, Lejarzegi Beraza A. *Hospital Universitario Cruces. Bilbao.*

Introducción. Uno de los principales retos en un Servicio de Urgencias Pediátrico (SUP) es la estabilización del paciente crítico. Conocer la tipología de los pacientes atendidos en sala de estabilización (SE) es clave para facilitar su correcta identificación y atención precoz.

Objetivo. Conocer el perfil del paciente que requiere de atención en SE de un SUP.

Metodología. Estudio retrospectivo unicéntrico basado en un registro prospectivo de los menores de 14 años atendidos en la SE del SUP de un hospital terciario entre 2016 y 2023. En el momento de la atención, el pediatra responsable recoge datos sociodemográficos, clínicos, procedimientos realizados y destino. En nuestro SUP, recomendamos manejar inicialmente en SE a todos los niños con más de un lado del triángulo de evaluación pediátrico (TEP) alterado y los trasladados en soporte vital avanzado (SVA). Realizamos un análisis multivariante para identificar factores de riesgo independientes de mala evolución (fallecimiento o ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos-UCI).

Resultados. Durante el periodo del estudio, registramos 387.781 episodios en el SUP, de los cuales 811 (0,21%) se atendieron en SE (mediana de edad 5 años, RIQ 2-10; 494, 60,9%, varones), de los que 418 (51,5%) acudieron en SVA.

A su llegada al SUP, 602 (74,2%) presentaron un TEP inestable, con un nivel de gravedad I en 208 (25,6%) y II en 426 (52,5%). La patología médica constituyó el 80,8% de los episodios, siendo convulsión el diagnóstico más frecuente (238; 29,3%).

Requirieron algún procedimiento 581 (71,6%): acceso venoso periférico (563; 69,4%) ventilación con bolsa-mascarilla (40; 5%), intubación orotraqueal (19; 2,3%), acceso intraóseo (9; 1%) y masaje cardíaco (5; 0,6%).

Ingresaron 393 (48,5%) pacientes (255, 64,9%, en UCI; 119, 30,3%, en planta y 19, 4,8%, en quirófano). Fallecieron 4 pacientes (0,5%).

El análisis multivariante identificó la presencia de >1 lado del TEP alterado (OR 7,025, IC 95%: 4,243-11,89), el TEP inestable (OR 3,38, IC 95%: 2,25-5,24), el traslado en SVA (OR 2,15, IC 95%: 1,58-2,94) y la edad < 2 años (OR 2,13, IC 95%: 1,50-3,02) como factores de riesgo independientes de peor evolución con un AUC 0,757 (0,720-0,794).

Conclusiones. El perfil del paciente atendido en la SE es un escolar con patología médica trasladado en SVA, que presenta a su llegada al SUP un TEP inestable. La edad menor de 2 años y el TEP inestable se asocian con peor evolución.

ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA EN URGENCIAS MEDIANTE INTELIGENCIA ARTIFICIAL. DATOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO MINEBIOTIC.

Busquets i de Jover N¹, Subirana Campos LA¹, Sumoy Van Dyck L², Rojas Calderón DE², Francia Güil I¹, De Franciso Pró-fumo A¹. ¹Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona. ²Germans Trias i Pujol Research Institute, Badalona. España.

Introducción y objetivo. La población pediátrica cuenta con una alta tasa de prescripción antibiótica. Se calcula que entre el 20-50% de dichas prescripciones son inadecuadas. Se presentan los datos preliminares del estudio MINEBIOTIC (datos únicamente del centro coordinador) realizado en el

seno de la RISEUP. El objetivo del mismo es analizar la adecuación de las prescripciones antibióticas en los servicios de urgencias desde el inicio de la historia clínica informatizada.

Metodología. Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo que incluye los pacientes menores de 18 años que consultaron a urgencias de un hospital de tercer nivel y fueron dados de alta a domicilio con tratamiento antibiótico. El periodo de estudio incluye desde 2010 hasta marzo de 2024. Los datos fueron procesados utilizando técnicas bioinformáticas mediante el programa Python (biblioteca abierta Pandas y cálculos mediante NumPy). La prescripción se analizó mediante el modelo NER (*Named Entity Recognition*). Se consideró tratamiento antibiótico adecuado aquel ajustado a los protocolos del centro o a las recomendaciones internacionales (RedBook).

Resultados. Se incluyeron un total de 15.966 historias clínicas, siendo los diagnósticos más frecuentes la otitis media aguda y la faringoamigdalitis. El antibiótico más prescrito fue amoxicilina, seguido de cefixima. En el 13,6% de casos la prescripción antibiótica fue incompleta (no se especificaba antimicrobiano, dosis, frecuencia o duración), por lo que fueron excluidos del estudio de adecuación de dosis (Figura 1). La dosis de antibiótico fue correctamente prescrita en el 64-92% de los casos, observándose una leve tendencia a la mejoría en el análisis interanual. En la Tabla 1 se muestra el porcentaje de prescripción correcta según el antibiótico, siendo la cefixima el fármaco pautado incorrectamente más frecuente (34,02%). De forma global, consideramos que hasta en un 30% de casos la prescripción antibiótica fue inadecuada (bien por ser incompleta o bien por dosis errónea). Se muestran únicamente los datos correctamente clasificados por el modelo NER (11.095 historias).

Conclusiones. La duración del tratamiento es la parte más frecuentemente omitida en los informes analizados y la cefixima el antibiótico con más frecuencia mal prescrito. Los datos del estudio muestran un importante margen de mejora a pesar de situarse en tasas de error similares a estudios previos. La inteligencia artificial tiene un amplio potencial en las urgencias pediátricas y esperamos poder contar en los próximos años con herramientas informáticas capaces de detectar los errores en el momento de la prescripción antibiótica.

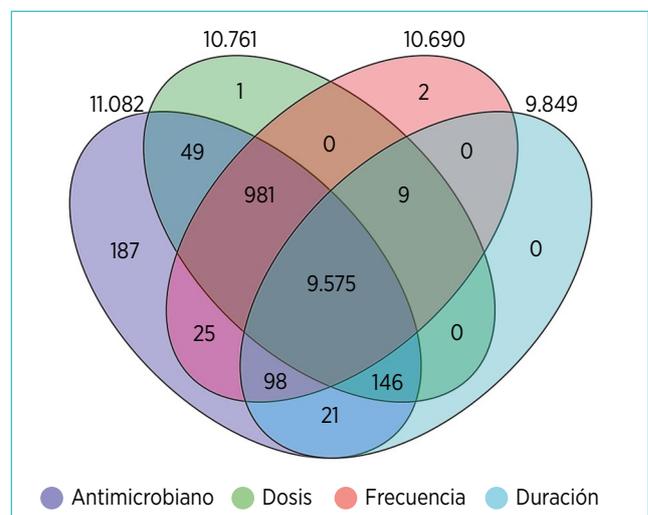


FIGURA 1. Diagrama de Venn de las intersecciones entre los diferentes ítems analizados de cada prescripción.

TABLA 1. Dosificación de antimicrobianos.

Antimicrobiano	Infradosificación	En rango ($\pm 10\%$)	Sobredosificación
	Valor absoluto (%)	Valor absoluto (%)	Valor absoluto (%)
Amoxicilina-clavulánico	87 (9,45)	719 (78,18)	114 (12,36)
Amoxicilina	396 (6,44)	5533 (89,87)	227 (3,69)
Cefixima	94 (9,26)	656 (64,79)	262 (25,95)
Cefadroxilo	37 (5,79)	587 (92,37)	12 (1,84)
Azitromicina	27 (4,15)	572 (88,6)	47 (7,25)

PREVALENCIA DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO PRODUCIDAS POR BACTERIAS RESISTENTES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICO.

Arellano Subías M¹, Bassy Navarro S¹, Gómez Ballester I¹, Sánchez Arranz E¹, Rodríguez Calvo A¹, Taida García Ascaso M¹, Soler Alonso J², Hernández Milán B¹, de Lucas Collantes C¹, Aparicio López C¹, Alonso Cadenas JA¹. ¹Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ²Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivo. Las resistencias antimicrobianas constituyen un grave problema de salud pública. Existen pocos estudios sobre la prevalencia de infecciones del tracto urinario (ITU) producidas por bacterias resistentes en pediatría. Los objetivos fueron conocer la prevalencia de bacterias resistentes en orina en lactantes < 24 meses de edad e identificar factores de riesgo para presentar una ITU por una bacteria resistente.

Metodología. Estudio observacional, retrospectivo, analítico y transversal que incluye lactantes < 24 meses con un urocultivo positivo (≥ 10.000 UFC en una muestra obtenida por sondaje vesical o ≥ 100.000 por micción espontánea) atendidos en un Servicio de Urgencias (SU) entre agosto de 2022 y julio de 2024. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas, analíticas y microbiológicas. Se analizó el perfil de resistencias de las bacterias aisladas: grupo 1 (sensibles) y grupo 2 (multirresistentes y con patrón conocido de resistencias [productoras de carbapenemasas, de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) y expresión basal del gen AmpC]). Se realizó un análisis estadístico descriptivo y con regresión logística para identificar factores de riesgo independientes para presentar una ITU por una bacteria resistente en el que se incluyeron: edad, sexo, recibir profilaxis antibiótica, antecedentes personales nefrourológicos, haber recibido antibioterapia los 3 meses previos y haber tenido un ingreso hospitalario previo por cualquier motivo.

Resultados. Se incluyeron 292 pacientes, 251 (86,0%) en el grupo 1 y 41 (14,0%) en el grupo 2. Dentro de este, se identificaron 34 (82,9%) bacterias multirresistentes, 5 (12,2%) BLEE y 2 (4,9%) AmpC. Se aislaron 154 (52,7%) bacterias resistentes a ≥ 1 antibiótico utilizado habitualmente en el tratamiento de la ITU. En el grupo 1 hubo una bacteriemia por *E. coli* y en el grupo 2 otra bacteriemia por *Klebsiella* spp. (0,4% vs 2,4%, $p=0,14$). La tasa de ingreso fue de 35,9% (90/251) en el grupo 1 y del 58,5% (24/41) en el grupo 2 (valor $p=0,006$).

El único factor de riesgo independiente para presentar una ITU por una bacteria resistente fue haber estado ingresado previamente [ORa 2,93 (IC95% 1,22-7,04)].

Conclusiones. En aproximadamente 1 de cada 10 urocultivos positivos extraídos en el SU se aísla una bacteria resistente. Los lactantes con un ingreso hospitalario previo tienen el doble de riesgo de tener una ITU producida por este tipo de microorganismos. Esto se debería tener en cuenta para evitar un tratamiento subóptimo y, en consecuencia, un posible daño renal.

PAUTA CORTA VERSUS LARGA DE ANTIBIOTICOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.

Diego Vall P¹, Pereira Martínez L¹, Hernández Bou S¹, Trenchs Sainz de la Maza V¹, Ríos-Barnés M², Luaces Cubells C¹. ¹Área de Urgencias. ²Servicio de infecciosas y patología importada. Área de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat, Barcelona.

Introducción. La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una infección muy frecuente en pediatría. El tratamiento antibiótico y su duración adecuados, son cruciales para prevenir complicaciones y disminuir su mortalidad. Estudios recientes muestran que una pauta corta resulta eficaz y segura. En enero 2023, el grupo PROA (Programas de Optimización de Uso de Antibióticos) de nuestro hospital recomendó de elección una pauta corta de amoxicilina (5 días) para las NAC no complicadas.

Objetivo. Analizar si la pauta corta de amoxicilina es igual de eficaz que la pauta larga para la NAC no complicada.

Metodología. Estudio cuasi-experimental unicéntrico con controles históricos. Criterios de inclusión: pacientes de 6 meses - < 18 años con diagnóstico clínico-radiológico de NAC no complicada en el SUP tratados con amoxicilina oral ambulatoriamente. Criterios de exclusión: pacientes con enfermedades crónicas que pudieran condicionar la evolución clínica, ingreso los 14 días previos, broncoespasmo concomitante, antibiótico iniciado previo a la consulta, mala adherencia al tratamiento y/o necesidad de ingreso o cambio terapéutico previo a su finalización. Se establecieron 2 grupos: Grupo_1 (período pre-intervención, enero-junio 2022, pauta larga [7-10 días]) y Grupo_2 (período post-intervención, enero-junio 2024, pauta corta [5 días]). Se comparó la tasa de fracaso terapéutico (necesidad de ingreso o modificación de pauta [duración o fármaco], o recaída en los 30 días posteriores a la finalización del tratamiento) entre ambos grupos.

Resultados. Se incluyeron 492 pacientes, 194 (39,4%) del Grupo_1 y 298 (60,6%) del Grupo_2. La edad mediana del Grupo_1 fue 29 meses vs 68 meses del Grupo_2 ($p<0,001$). No se hallaron diferencias significativas en cuanto a sexo,

antecedentes patológicos, características de la fiebre, presencia de dificultad respiratoria y/o de triángulo de evaluación pediátrico alterado. El 22,2% del Grupo_1 reconsultó tras finalizar el tratamiento vs el 13,8% del Grupo_2 ($p=0,015$). La tasa global de fracaso terapéutico fue del 3,7% (IC95% 2,3-5,7): 2,1% Grupo_1 vs 4,7% Grupo_2 ($p=0,128$). En el Grupo_1 el motivo del fracaso fue una recaída en todos los casos y en el Grupo_2, una recaída en 8 y la modificación del tratamiento antibiótico en 6 (3 prolongan amoxicilina y 3 cambian de antibiótico). Ningún paciente precisó ingreso hospitalario.

Conclusiones. Una pauta corta de amoxicilina es igualmente eficaz que una pauta prolongada para el tratamiento de NAC no complicada, con bajas tasas de fracaso terapéutico. Las guías actuales deberían considerar la recomendación de aplicar dicha pauta.

ENCEFALITIS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS Y FACTORES DE RIESGO DE MALA EVOLUCIÓN.

García Bailo C¹, Bidaurrezaga García KI, Gómez Cortés B², Calvo Cillán A³, Borrull Senra AM⁴, Alonso Cadenas JA¹. ¹Hospital Universitario Infantil Niño Jesús. Madrid. ²Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. ³Hospital Materno-Infantil de Málaga. ⁴Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat, Barcelona.

Introducción y objetivo. La encefalitis es una patología grave, aunque infrecuente en pediatría. Conocer mejor sus características ayudaría a mejorar la atención que reciben estos pacientes en los Servicios de Urgencias Pediátricas (SUP). Los objetivos fueron describir las características de los pacientes atendidos en los SUP con diagnóstico final de encefalitis y determinar factores de riesgo de mala evolución.

Metodología. Estudio multicéntrico, analítico, observacional, retrospectivo en 8 SUP, que incluye pacientes < 18 años a los que se les solicitó una técnica de reacción en cadena de la polimerasa para virus y bacterias en líquido cefalorraquídeo (LCR) entre 2017 y 2023. Se excluyeron aquellos pacientes con sospecha clínica exclusiva de meningitis. Se definió encefalitis según criterios de la *International Encephalitis Consortium* 2013. Se recogieron variables demográficas y clínicas, pruebas diagnósticas practicadas, tratamiento recibido, diagnóstico final y evolución. Se realizó un análisis multivariante para identificar factores de riesgo para presentar un desenlace desfavorable (complicaciones agudas, secuelas o fallecimiento) tras presentar una encefalitis confirmada o probable, que incluyó edad, sexo, triángulo de evaluación pediátrica (TEP), fiebre, crisis convulsivas, focalidad neurológica y resultados del electroencefalograma, examen de LCR, pruebas microbiológicas, anticuerpos y resultados de la neuroimagen.

Resultados. De los 351 pacientes que cumplían criterios de inclusión y no de exclusión, 26 (32,9%) cumplieron criterios de encefalitis confirmada y 53 (67,1%), de encefalitis probable. La mediana de edad fue de 4,0 años (rango intercuartil: 2,4-8,4). De las 26 confirmadas, 16 fueron de causa infecciosa (microorganismos aislados en LCR: enterovirus en 7, virus herpes simple [VHS] 1-2 en 3, herpesvirus humano 6 en 2, *S. pneumoniae* en 2, *S. pyogenes* en 1 y *Mycobacte-*

rium tuberculosis en 1) y 10 de causa autoinmune. De las 53 encefalitis probables, 37 se consideraron de probable causa infecciosa y 16 de probable causa autoinmune. Los factores de riesgo identificados para un desenlace desfavorable (39/79 pacientes) fueron: alteración en la neuroimagen (ORa 10,1; IC95% 2,2-46,2), TEP alterado (ORa 8,4; IC95% 1,7-42,7) y grado de fiebre (ORa 0,09; IC95% 0,02-0,5).

Conclusiones. En nuestra serie, las encefalitis infecciosas producidas por enterovirus son la entidad más frecuente, y en menos de la mitad de los pacientes se identifica una causa que precise tratamiento específico (VHS, bacterias o autoinmunidad). Aquellos pacientes que presentan alteraciones en las pruebas de neuroimagen, TEP alterado a su llegada y ausencia de fiebre durante el episodio tienen mayor riesgo de presentar un desenlace desfavorable.

RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DEL ÍNDICE INFLAMATORIO-INMUNE SISTÉMICO EN LA APENDICITIS AGUDA PEDIÁTRICA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y UN METAANÁLISIS DE RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO.

Arredondo Montero J¹, Muñoz Cabrera VP², Fernández Atuan R³, Delgado-Miguel C⁴, Pérez Riveros BP⁵, Rico Jiménez M⁶. ¹Servicio de Cirugía Pediátrica; ²Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. ³Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ⁴Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ⁵Facultad de Medicina, Universidad de Navarra. ⁶Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid.

Introducción y objetivo. En la actualidad, persiste una importante tasa de error diagnóstico en la apendicitis aguda pediátrica (AAP). La identificación de nuevas herramientas diagnósticas precisas, rápidas y económicas es una línea prioritaria de investigación en esta patología. El índice inflamatorio-inmune sistémico (SII) se perfila como un ratio derivado del hemograma prometedor para diagnosticar la AAP y para discriminar entre apendicitis aguda complicada (AAC) y apendicitis aguda no complicada (AANC) en niños.

Metodología. Esta revisión fue registrada en PROSPERO (CRD42024587430). Se incluyeron estudios clínicos originales prospectivos y retrospectivos que evaluaran el rendimiento diagnóstico del SII en la AAP. Se realizó una búsqueda en PubMed, Web of Science, Scopus y OVID. Dos revisores independientes seleccionaron los artículos y extrajeron los datos relevantes. La calidad metodológica se evaluó utilizando el índice QUADAS-2. Se realizó una síntesis de los resultados, una estandarización de métricas, dos metanálisis de efectos aleatorios (máxima verosimilitud restringida) y un metanálisis de rendimiento diagnóstico (DTA). Se estableció la significación estadística en $p < 0,05$ (dos colas). Los análisis se realizaron en STATA 18.0.

Resultados. El metaanálisis de efectos aleatorios para el SII (AAP vs. controles) incluyó cinco artículos (2.451 casos de AAP y 2.355 controles) y mostró una diferencia de medias [IC del 95%] estadísticamente significativa: 1.123,04 [319,52-1.926,56] ($p=0,01$). El valor de I^2 fue 97,1%. El metaanálisis de efectos aleatorios para el SII (AAC vs. AANC) incluyó cinco artículos (828 casos de AAC y 1725 de AANC) y mostró una diferencia de medias [IC del 95%] estadísticamente signifi-

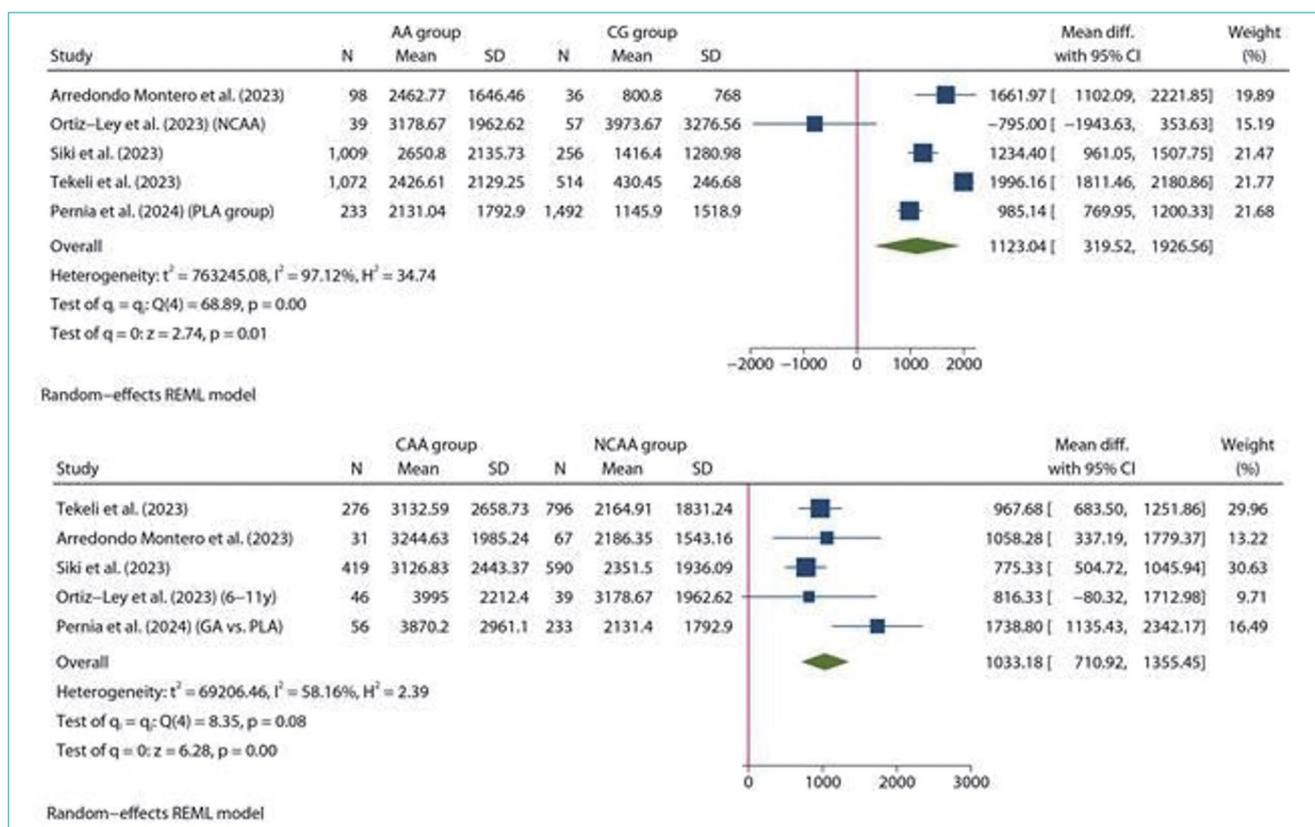


FIGURA 1.

ficativa: 1.033,18 [710,92-1.355,45] ($p < 0,01$). El valor de I^2 fue 58,2%. El metaanálisis DTA (AA vs. controles) incluyó 5 artículos y mostró una sensibilidad y especificidad agrupadas [IC del 95%] de 82,3 [73,9-88,4] % y 80,7 [61,9-91,5] % respectivamente (Figura 1).

Conclusiones. A pesar del limitado número de estudios focalizados en poblaciones pediátricas, el SII se presenta como una herramienta sólida para diagnosticar la AAP en niños. La evidencia en relación a su capacidad para discriminar entre AAC y AANC es más limitada, pero igualmente prometedora. La naturaleza retrospectiva de la mayoría de los estudios incluidos y su limitada distribución geográfica subrayan la necesidad de realizar estudios prospectivos multicéntricos adicionales para validar estos hallazgos.

RENDIMIENTO DE LA ECOGRAFÍA A PIE DE CAMA EN EL DIAGNÓSTICO DE SINOVITIS TRANSITORIA DE CADERAS, ¿DIAGNÓSTICO DE EXCLUSIÓN? Cabello Gómez S, Lara García M, Lucas Escalante C, López Moreira OM. *Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.*

Introducción y objetivos. La sinovitis transitoria (ST) es la causa más frecuente de cojera en urgencias pediátricas. Hasta ahora, el diagnóstico se realiza por la clínica, exploración y exclusión de otras patologías.

Con la llegada de la ecografía a pie de cama (POCUS) a nuestras urgencias, se incluyó la ecografía de caderas al algoritmo diagnóstico de cojera.

El objetivo es evaluar el rendimiento de la POCUS en el diagnóstico de ST.

Material y métodos. Se diseñó el algoritmo diagnóstico de ST. A los pacientes de 3-10 años que consultaban por cojera no traumática o dolor en cadera, que cumplían unos requisitos clínicos ($T^{\circ} < 38^{\circ}C$, síntomas < 7 días y ausencia de síntomas sistémicos), se les realizaba ecografía de caderas por pediatra de urgencias previamente formado. Los pacientes con derrame recibieron diagnóstico de ST y se programaron para visita en 5-7 días. Los pacientes sin derrame fueron evaluados con pruebas analíticas o de imagen. Se hizo un diagnóstico final de ST si había resolución de síntomas y reducción del derrame. Se realizó estudio de casos de cojera aguda no traumática desde el 1 noviembre de 2023 al 31 octubre de 2024, específicamente el grupo de 3-10 años que cumplían requisitos clínicos. Se utilizaron sensibilidad, especificidad, VPP, VPN, razón de verosimilitud positiva (LR+) y negativa (LR-) para evaluar la precisión del POCUS.

Resultados. De 124 cojeras no traumáticas recogidas, 78 pacientes (60,2% varones) cumplían edad y criterios clínicos. En ecografía se visualizó derrame en 65 pacientes y de estos, se confirmaron 64 ST. Un paciente fue diagnosticado de artritis séptica. Tuvieron ecografía normal 13 pacientes, de los cuales 7 fueron diagnosticados finalmente de ST (falsos negativos). En 3, la ecografía fue diagnóstica de otras patologías (Perthes, piomiositis y displasia). De los casos con POCUS negativa, solo 5 pacientes precisaron radiografía o analítica. La precisión del POCUS para el diagnóstico de ST fue: sensibilidad 88,9%, especificidad 83,3%, VPP 98,4%, VPN 38,46%, LR+ 5,32 y LR- 0,13.

Conclusiones. La POCUS identificó con precisión la ST (alta sensibilidad y VPP). La LR+ de 5,32 sugiere que la POCUS puede ser útil para confirmar el diagnóstico de ST. Sin embar-

go, no puede descartar de forma fiable la ST (especificidad y VPN bajos), ya que el derrame puede no estar presente al inicio de su presentación.

Tradicionalmente la ST es un diagnóstico de exclusión. Con este enfoque usando POCUS pretendemos dirigirnos hacia un diagnóstico confirmatorio, minimizando pruebas diagnósticas cruentas.

CARACTERÍSTICAS DE LAS COMUNICACIONES ORALES PRESENTADAS EN LAS REUNIONES ANUALES DE SEUP DESDE 2019. Rodríguez-Díaz M, Martínez-Escribano García MP, Escobar Castellanos M, Míguez Navarro MC, Rivas García A. *Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid*

Introducción y objetivos. Las comunicaciones en los congresos constituyen una de las principales vías de divulgación de los avances científicos.

El objetivo de este trabajo es conocer el perfil de los comunicadores y las características de las comunicaciones aceptadas en las reuniones anuales de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP), en los últimos años.

Material y métodos. Estudio retrospectivo, descriptivo y unicéntrico. Se seleccionaron todas las comunicaciones orales aceptadas en las Reuniones anuales de SEUP de los años 2019, 2021, 2022, 2023 y 2024, incluidas en los programas publicados en su página web. Se excluyó el 2020 por no haberse celebrado congreso. Se analizaron como variables: comunicación larga/corta, estudio unicéntrico/multicéntrico, temática, hospital, pertenencia o no a RISEUP, nivel de complejidad del hospital, comunidad autónoma y año. Se agrupó la temática en 16 categorías a criterio de los investigadores; 14 consistían en urgencias de especialidades médicas, una de gestión y otra de miscelánea. Se identificó como hospital responsable de la comunicación, aquel correspondiente al primer firmante.

Los resultados se presentan como frecuencias absolutas y porcentajes.

Resultados. Se recogieron 1.492 comunicaciones enviadas desde 117 centros sanitarios (1.405, 94,2% hospitales de alta complejidad), localizados en 16 CCAA, México y Argentina. 1.189 (79,7%) enviados por hospitales pertenecientes a RISEUP. 598 comunicaciones (40,1%) correspondieron a solo 9 de los centros (G9) y 812 (54,4%) a 3 CCAA; sin diferencias entre los distintos años ($p=0,095$ y $p=0,163$, respectivamente).

Ciento doce comunicaciones se presentaron como comunicaciones largas (7,5%) 33 de ellos (30,8%) correspondieron a estudios multicéntricos.

Ciento siete fueron estudios multicéntricos (7,2%), 95 de ellos (88,8%) liderados por hospitales pertenecientes a RISEUP.

El G9 presentó 69 (61,6%) comunicaciones largas y 62 (57,9%) estudios multicéntricos. 757 comunicaciones (50,7%), correspondieron a 4 temáticas: infecciosas, respiratorio, psiquiatría y organización y gestión; siendo esta última la más prevalente entre las comunicaciones largas (22; 19,6%). Apenas hubo diferencias entre los distintos años, a excepción de un aumento de las relacionadas con Psiquiatría en 2022 (17,9% sobre una media de 13,1%).

Conclusiones. Pocos hospitales acapararon la mayoría las comunicaciones presentadas en las reuniones de SEUP. 1/3 de las comunicaciones largas correspondieron a estudios multicéntricos, mayoritariamente enviados por centros con cultura investigadora. Psiquiatría y Organización son dos temáticas que han ocupado gran parte del espacio científico en los últimos años.

RISEUP es una herramienta para facilitar el desarrollo de estudios multicéntricos; sin embargo, sus integrantes realizan mayoritariamente este tipo de estudios al margen de la Red.